نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره دوم، تابستان ۹۹، صفحات ۱۸۳ تا ۱۸۷

مقاله نظری

تکه‌ای فراموش شده از پازل شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

ربابه شیخ‌الاسلام[1*]، نرگس تبریزچی[2]

چکیده

دسترسی به غذای مقرون‌به‌صرفه و مغذی در مناطق کم برخوردار، آموزش و توجه به انتخاب های غذایی مردم برای کاهش سوءتغذیه و پیشگیری از انواع بیماری‌های متابولیک، یکی از مسائل مهم در تأمین سلامت جامعه است. تلاش برای کسب مشارکت و همکاری سازمان‌های متولی غذا، کشاورزی، بازرگانی، صدا و سیما و... و تشکیل کارگروه‌های اضطراری به منظور تدوین راهکارهای اجرایی برای سازمان‌دهی امنیت غذایی پایدار و تصحیح فرهنگ غذایی هدف این نوشتار است. متأسفانه یکی از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عرضه غذا و تغذیه مناسب به عنوان یک قطعه از پازل شبکه‌های بهداشتی درمانی اجرایی نشده است تا متولیان سلامت وجود و عرضه غذا را در منطقه مورد پایش قراردهند. با وجود تلاش ۵۰ ساله گروهی از خبرگان تغذیه کشور و موفقیت در کسب حمایت قانون‌گذاران برای ایجاد قوانین لازم و بسترهای فرابخشی برای حل مشکلات عرصه غذا و تغذیه و در قوانین موجود از ماده ۱۹۷ قانون برنامه سوم توسعه، ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه تا سند چشم‌انداز ایران در افق ۱۴۰۴ و سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی که همه به سلامت، رفاه و امنیت غذایی تأکید دارند و همکاری‌های مشترک فرابخشی از طریق ادغام دو شورا و تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذا و تغذیه با حضور ۱۵ وزیر و به ریاست رییس جمهور و حتی شروع به کار ۱۵ ساله این شورا، در زمینه امنیت غذایی، فرهنگ‌سازی تغذیه صحیح، سلامت غذا از مزرعه تا سفره، هنوز بیماری‌های ناشی از کمبودهای غذایی وجود دارد و هجمه سنگین بیماری‌های متابولیک نیز در این مدت به آن اضافه شده است. برای همکاری‌های بین وزارتخانه‌ای به منظور نهادینه کردن امنیت غذایی راه درازی در پیش‌روست و نظام سلامت که هزینه‌های ناامنی غذایی و شیوع بیماری‌های متابولیک ناشی از تغذیه نامناسب را می‌پردازد باید پیشگام اقدامات عملی فرابخشی شود.

کلید واژه‌ها: تأمین مواد غذایی، حق دسترسی به غذا، رژیم غذایی سالم، کمک‌های غذایی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مقدمه

در روز جهانی غذا در ۲۶ سپتامبر سال ۲۰۱۹ رییس دپارتمان تغذیه سازمان جهانی بهداشت خواستار بازنگری اساسی در مورد نحوه تولید و توزیع مواد غذایی و انواع مواد غذایی که مردم مورد استفاده قرار می‌دهند شد، او اشاره کرد کشورهایی که دارای سیستم غذایی با محور غلات هستند از داشتن رژیم غذایی سالم و پایدار بهره‌مند نمی‌شوند زیرا آن‌ها به اندازه کافی میوه و سبزی مصرف نمی‌کنند. وی از دولت‌ها و تأمین‌کنندگان خواست که راهکاری برای کشاورزی پایدار، نوآورانه و فن‌آورانه با هدف مقابله با عدم امنیت غذایی بیابند. او بیان داشت: «ما باید به مناطق اولویت دار توجه کنیم. برای بهبود بهره‌وری و تغییر فرهنگ غذا در برخی مناطق باید سرمایه‌گذاری بیشتری انجام شود. مواد غذایی سالم باید در دسترس و مقرون‌به‌صرفه‌تر باشد».(۱)

نظر به اینکه سیستم‌های فعلی توزیع غذا در اغلب نقاط جهان از جمله کشور ما بر حسب عرضه و تقاضا شکل می‌گیرد اگر مواد غذایی در مناطقی **به دلیل قیمت بالا و یا مشکل اقتصادی مردم** خریدار نداشته باشد درآن مناطق آن مواد غذایی توزیع نمی‌شود و چنانچه افراد براساس نیاز یا دانش خود بخواهند آن مواد غذایی را بخرند دیگر دسترسی فیزیکی به آن مواد غذایی را نخواهند داشت. در مناطق روستایی و مناطق کم برخوردار اگر آموزش‌های تغذیه بدون در نظر گرفتن وجود غذا در محل انجام شود، فاقد اثربخشی مطلوب است. مطالعه بررسی وضعیت امنیت غذایی مناطق روستایی کشور، از شاخص‌های تنوع غذایی استفاده نموده و نشان داده است که دهک‌های پایین درآمدی از تغذیه‌ای قابل قبول برخوردار نیستند و مواد مغذی به اندازه کافی به آن‌ها نمی‌رسد؛ همچنین، گروه‌های کم‌درآمد نسبت به گروه‌های پردرآمد از تنوع کمتری در مصرف

۱. * نویسنده مسئول: عضو گروه علوم بهداشتی و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۲. استادیار، دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

اقلام خوراکی برخوردارند(۲). تعیین رتبه امنیت غذایی در یک کشور بر پایه شدت فقر غذایی، نابرابری درتوزیع غذا بین خانوارها و ناپایداری در دست‌یابی سالانه به غذا بیان می‌شود. در یک بررسی امنیت غذایی در اقشار کمتر برخوردار و روستایی کشور نیز حاکی از آن بود که ۵۳/۹ درصد از خانوارهای روستای مورد تحقیق، امنیت غذایی نداشتند(۳). هرچند سیاست‌های توسعه‌ای در امرکشاورزی ادعا می‌کند توانسته است امنیت غذایی کلان کشور را بهبود بخشد ولی امنیت غذایی در سطح خانوارها به دلیل توزیع نامناسب ثروت مطلوب نیست. چراکه علل زیر بنایی آن هنوز برطرف نشده است(۴). مطالعه بررسی مصرف مواد غذایی توسط انستیتو تحقیقات و صنایع غذایی کشور در دو دهه در سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۸۰ نشان داد که حدود ۲۰ درصد خانوارهای ایرانی کمتر از استاندارد انرژی دریافت کردند. در این بررسی‌ها کمبود دریافت پروتیین، کلسیم، ویتامین A و ریبوفلاوین هم وجود داشت. در دو بررسی ملی کمبود ریزمغذی‌ها[1] در فاصله ده ساله ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ که توسط دفتر بهبود تغذیه در وزارت بهداشت انجام شد؛ کمبودآهن، روی و ویتامین‌های A و D در گروه‌های سنی مختلف و به تفکیک اقلیم تعیین شد و نتایج حاکی از نامتعادل بودن مصرف غذا و نیاز به فرهنگ‌سازی و برنامه‌های آموزشی عمومی بود.نظر به اینکه همه نابسامانی‌های غذایی و کمبودها در نهایت سلامت مردم را در معرض خطر قرار می‌دهد و بار بیماری‌ها را افزایش می‌دهد؛ نظام سلامت به هر طریق ممکن باید تغییراتی اصولی و ریشه‌ای را مد نظر قرار دهد و جالب است که بدانیم موسسه جانزهاپکینز[2] در چهلمین سالگرد کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه آلماتی که با عنوان سلامت برای همه شکل گرفته بود، عنوان "چالش‌های غذا و تغذیه در سلامت برای همه حال و آینده" را انتخاب کرده بود (۵). در این رویداد که روز ۱۷ جولای ۲۰۱۸ تشکیل شده بود؛ یادآوری شد که چهل سال پیش، بیش از صد نماینده از سراسر جهان در کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در آلماتی، برای تأیید راهبردهای مربوط به سلامت برای همه هم رای شدند آن زمان سوء تغذیه بالادر کشورهای کم درآمد یک نگرانی اساسی بود و بهمین دلیل عرضه غذا و تغذیه مناسب[3] در اعلامیه آلماتی گنجانیده شد. از زمان تصویب این بیانیه در سال ۱۹۷۸، مسیری طولانی برای رفع چالش‌های مواد غذایی و تغذیه‌ای صورت گرفته است و نمایندگان شرکت‌کننده تشخیص دادند که راه‌حل‌های مربوط به سوءتغذیه تنها نباید از دفاتر وزارتخانه‌های بهداشت یا سازمان‌های بین‌المللی مستقر در پایتخت‌ها باشد. اعلامیه آلماتی خواستار همکاری بین بخشی و مشارکت با مردم محلی در خانه‌ها و مکان‌هایی بود که میزان مرگ‌ومیر بیشترین عوارض را به همراه داشت. این سازمان همچنین مشارکت و یادگیری دانش تغذیه را در جوامع محلی در مورد تغذیه صحیح با تأکید بر کودکان و تولید مواد غذایی در محل را مورد تأکید قرار داد. در این رویداد به رویکردهای مبتنی بر جامعه در مورد سوءتغذیه و اهمیت آن‌ها اشاره شد و گفته شد با وجود این تلاش‌ها، مسائل تغذیه‌ای همچنان مشکلی است که به شدت بر سلامتی و رفاه بسیاری از مردم جهان تأثیر می‌گذارد. در حالی که بسیاری از کشورها شاهد کاهش سوءتغذیه هستند ولی پیشرفت آن‌ها برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار و اهداف دیگر که امنیت غذایی و تغذیه را برآورده می‌کنند، به اندازه کافی سریع نیست.

برگزارکنندگان این رویداد همچنین علاوه بر چالش‌های موجود، تأکید کردند که بسیاری از این کشورها با شکل دیگری از سوءتغذیه هم دست و پنجه نرم می‌کنند که اضافه وزن و چاقی و بیماری‌های مزمن ناشی از آن (بیماری‌های غیرواگیر) مانند بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت است که در یک گذار تغذیه‌ای[4] در طول زمان بوجود آمده است که به‌طور عمده ناشی از شهرنشینی، جهانی‌سازی اقتصادی و بازاریابی و تبلیغات مواد غذایی و نوشیدنی‌ها و غذاهای بسته‌بندی شده است این گذار طی چند دهه گذشته از شیوه‌های زندگی فعال و رژیم‌های غذایی پر غلات و فیبر، به سبک زندگی بی‌تحرک، همراه با رژیم‌های غذایی پر قند و کربوهیدرات‌های تصفیه شده، چربی، گوشت و غذاهای صنعتی تغییریافته است(۶). مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نظام سلامت باید در این گذار تغذیه‌ای به هر دو طیف سوءتغذیه توجه داشته باشند. از طرفی وجود و دسترسی به غذا و تغذیه مناسب در مناطق محروم در تمام دوره حیات انسان، به منظور حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و ایجاد بسترهای مناسب برای ارائه خدمات غذایی و آموزشی، حصول اطمینان از وجود غذا در محل، آموزش تغذیه صحیح برای انتخاب‌های غذایی مناسب و نظارت بر تغذیه، نیازمند کاری فرابخشی است. برای این کار، متخصصان بهداشت باید مهارت‌های لازم برای کسب مشارکت بین بخشی و درگیرکردن مردم را به منظور خودمراقبتی و مراقبت از تغذیه را به عنوان یک عامل مؤثر فراگیرند. باید باور داشت مراقبت‌های لازم طب (PHC) با تجربه بیش از ۴۰ سال این ظرفیت را دارد که وزارتخانه‌های کشاورزی، شهرداری‌ها و سایر سازمان‌ها و ارگان‌های متولی غذا را برای ایجاد مزارع کوچک محلی روش‌های نوین کشت سبزی و صیفی، بهبود شیوه‌های تولید، کاهش ضایعات غذایی به همکاری دعوت کند. تا دسترسی به انواع مواد غذایی گیاهی با قیمت ارزان که نیاز به بسته‌بندی و حمل‌ونقل که موجب افزایش قیمت غذاها می‌شود ندارد بوجود بیاید. با این روش دانش‌آموختگان رشته کشاورزی، علوم گیاهی،اموزش بهداشت، کارشناس تغذیه به کار گرفته می‌شوند و دانشکده‌های کشاورزی و غذا فرصت‌های مناسبی برای تربیت نیروهای بومی پیدا می‌کنند.

1. (NIMS) National Integrated Micronutrient Survey
2. Johns Hopkins
3. Food Supply &Proper Nutrition(FS&PN)
4. Nutrition Transition

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

بیان مسئله

در ایران با ایجاد شبکه بهداشت و درمان، خانه‌های بهداشت به عنوان خدمت‌دهنده سطح اول در سطح روستاها و مناطق کم‌تر برخوردار، و همچنین وظایف مهمی از جمله سرشماری جمعیت تحت پوشش، آموزش مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه‌های مختلف، ارائه خدمات بهداشت خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و شیردهی، مراقبت از کودکان زیر ۶ سال، مراقبت از دانش‌آموزان مدارس، و مراقبت از بهداشت محیط را برعهده دارند.درخانه‌های بهداشت انجام امور فوق برعهده بهورزان است. با وجود اهمیت غذا و تغذیه مناسب در حفظ سلامت **سه بخش** از بیانیه آلماتی شامل «همکاری‌های بین بخشی» «مشارکت جامعه» و «عرضه غذا و تغذیه مناسب» از ابتدا در شبکه جاری و ساری نشده است. درحالی‌که اگر اجرای بخش‌های اجرا نشده اول و دوم مشکل بوده متولیان اجرای PHC می‌توانستند با اجرای سومین بخش که عرضه غذا و تغذیه مناسب بوده این مشارکت بین بخشی را حد اقل با بخش کشاورزی از ۴۰ سال پیش آغاز کنند و چون تولید غذای محلی میتوانسته نقش مهمی داشته باشد مشارکت جامعه کشاورزان و برزگران و خانواده‌هاشان هم فراهم می‌شده است. زمانی که نویسنده این نوشته مسئول دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بود در بازدیدهای میدانی، از خانه‌های بهداشت و بررسی پرونده‌های خانوار مشاهده می‌شد صفحات مربوط به آموزش تغذیه تکمیل شده است و بهورزان توصیه به مصرف مواد غذایی را انجام می‌دهند ولی غذایی در خانه‌ها نبود و به همین جهت تلاش شد صفحه مربوط به آموزش تغذیه در پرونده خانوار تعویض شود به نحوی که گروه‌های غذایی و نوع غذاها در جداولی نوشته شود و به بهورزان نیز آموزش داده شد تا از افراد در مورد استفاده از انواع غذاهایی که در طول هفته مصرف کرده‌اند سوال شود و در ستون‌های مشخص شده روی انواع غذا علامت بزنند.به این ترتیب کمبودهای گروه‌های غذایی مشخص می‌شد. متأسفانه مشاهدات نشان می‌داد که دسترسی به انواع مورد نیاز غذایی وجود ندارد و بازدیدهای میدانی هم نشان می‌داد که همچنان سوءتغذیه کودکان وجود دارد و ستون‌های موادغذایی در بعضی از مناطق تیک نخورده است و مصرف نشده است در تحقیقی هم که برای مدل سازی برای کاهش سو تغذیه در سه منطقه روستایی در استان‌های کرمان، بوشهر و ایلام از سال ۱۳۷۵ به مدت سه سال انجام مشاهده که در هرسه منطقه میوه، لبنیات و سبزی در اغلب فصول وجود نداشت و این اقلام در مغازه‌های روستایی هم موجود نبود. در همین تحقیق اهمیت وجود غذا بیش از پیش نمایان می‌شد به‌طوری که یکی از برون دادهای این تحقیق ایجاد مغازه‌هایی برای میوه، لبنیات و سبزی (به اختصار ملس) بود (۷).

با توجه به ماهیت چند بعدی مشکل سوءتغذیه، (ناشی از کمبود غذا، بدخوری، زیاده‌خواری و ناترازی تغذیه‌ای) تلاش هماهنگ بخش‌های مختلف توسعه از جمله آموزش، کشاورزی، اقتصادی، بازرگانی و سازمان‌های میوه و تره‌بار، شهرداری و فرمانداری‌ها وسایل ارتباط جمعی و... ضروری است. قطعا بخش بهداشت و سلامت که تاوان بی‌توجهی را با افزایش بار بیماری می‌پردازد باید همه توان خود را برای کسب حمایت و توجیه سایر بخش‌ها، به‌کار گیرد تا امکان و دسترسی به غذا و آموزش تغذیه متناسب و متعادل را آسان کند (۸).

چند اتفاق در دهه‌های بعد از انقلاب اسلامی صورت گرفت که می‌توان با جمع‌بندی آن‌ها متوجه شد که چگونه کشاورزی خرد که روستاها را به مناطقی با انواع غذاهای مطلوب و سالم شناسانده بود به تدریج از بین رفت و روستاها بدون غذا برای دریافت یارانه و بسته حمایتی چشم به راه ماندند. اجرای بند Food Supply &Proper Nutrition(FSPN) از نظر متولیان طراحی و اجرا شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به دلیل همان انگارهای مثبت از روستاها مغفول ماند و غذا به عنوان بخشی از سلامت دیده نشد.

متولیان غذا و به‌ویژه جهاد کشاورزی که سعی در ایجاد مزارع بزرگ صنعتی و حمایت‌های کلان از کشت و صنعت داشتند حمایت‌های خود را از روستاییان کشاورز متوقف کردند و حتی جهاد که با نیت خیر به روستا می‌رفت با ترسی که سازمان دامپروری از تب مالت و بیماری‌هایی که مرغ‌های واکسن نزده به گوش آن‌ها رسانده بود؛ روستاییان را برای نگهداری مرغ و طیور گاو و گوسفند همراهی نکردند. مزارع کوچک با ازدست رفتن پدران خانواده‌ها کوچکتر شد و تصمیم‌گیران خانواده که کلاس درس را به کار در مزرعه ترجیح می‌دادند و به همین دلیل از کشاورزی اطلاع مناسب نداشتند به فروش زمین و مهاجرت تن دادند.

در مناطق شمالی کشاورز بدون حمایت، زمین خود را به شهرنشین خواهان زمین فروخت تا بتواند به‌هاشیه شهرهای بزرگ برود مناطق کشاورزی به تدریج تبدیل به دهکده‌های آپارتمان دار شدند.

کم‌آبی و خشکسالی و استفاده استان‌های یا کشورهای همجوار از رودخانه‌ها، و تلاش بی‌ثمر یا سکوت دولت خشکی خاک را روزبه‌روز بیشتر کرد کم‌کم آینده‌ای دشوار پیش چشم روستاییان جنوب گسترد و مهاجرت از سیستان و بلوچستان به استان گلستان و اطراف سرعت گرفت.

نویسنده در سفرهای استانی می‌دید که کودکان پا برهنه بدون کفش و لباس مناسب، بسته رنگی پفک به‌دست در خاک و لای می‌گردند و غذایشان همانست و مادرشان در جواب که می‌گفتم به جای این به او تخم‌مرغ بدهید می‌گفت تلوزیون می‌گوید خوبست چرا شما این حرف را می‌زنی بعد که صحبت صمیمانه‌تر می‌شد مادران از اطاق‌هایشان بیرون می‌آمدند از روزهایی می‌گفتند که ماشین‌هایی برای سرکشی می‌آمدند و آن‌ها سبدهای پر از تخم مرغ را پیشکشان می‌کردند ولی اکنون یک تخم‌مرغ برای کودکانشان ندارند و این سؤال که پس چرا تلویزیون تخم‌مرغ را تبلیغ نمی‌کند مدت‌ها در گوشم زنگ می‌زد.

یک فرصت دیگر برای بهداشتی‌های کشور پیش‌آمد، در جشن چهل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

سالگی سازمان بهداشت جهانی در هفتم آوریل ۱۹۸۸ دکتر ماهلر مدیرکل سازمان جهانی بهداشت با طرح این شعار "سلامت برای همه، همه برای سلامت"، جهان را به تکاپو برای کسب مشارکت و همکاری‌های مشترک فرا خواند. کاش در رویدادهای این چنینی به جای حضور کارشناسان شبکه، پزشکانی که اصلا وارد گود نبودند و سفرها را به عنوان تشویق درخواست می‌کردند از مدیران سطوح بالا و میانی وزارتخانه‌های دیگر می‌رفتند و نمی‌دانم چرا سازمان بهداشت جهانی این سفرها را فقط به وزارت بهداشت خبر می‌دهد و باز از دل این سؤال دیگری مطرح می‌شود که چرا وزارت بهداشت تیم‌های مشترک را برای تعهد مشترک به این سفرها نمی‌فرستد.

ادغام کارکنان بهداشت جامعه و نمایندگان کشاورزی در ارتقای سیستم‌های غذایی هوشمند برای مبارزه با کم‌آبی، کشت محصولات انتخابی، کاهش مصرف سموم و استفاده از کودهای کمپوست (که می‌توانست در هر محل تولید شود) و حتی استفاده از روش‌های نوین برای بهره‌برداری بیشتر در مقابل تغییرات آب و هوا،کاهش تخریب اکوسیستم، گازهای گلخانه‌ای و کاهش ضایعات غذایی می‌توانست با این همکاری‌ها صورت گیرد(۹). نظام سلامت باید در همه رخدادهای بین‌المللی اهمیت نقش همه ارگان‌های متولی را پررنگ‌تر کرده و با ارزش‌گذاری به اقدامات آن سازمان‌ها همدلی آنان را برای مشارکت جلب کند.

ارائه پیشنهاد

۱. در سطح کلان

- مطرح کردن اهمیت امنیت غذایی و با کسب مشارکت همه متولیان غذا در کشور (وزارت کشاورزی، وزارت نیرو، بازرگانی، شبکه‌های توزیع غذا، سازمان‌های دامپزشکی، محیط زیست و همه سمن‌هایی که در زمینه محیط زیست و کشاورزی پایدار فعالیت می‌کنند) برای بررسی و جمع‌بندی وضعیت موجود، مشکلات و عواقب احتمالی در آینده و تنظیم راهکارهای مناسب برای برون رفت از آن‌ها؛
- تدوین شرح وظایف همه ذی‌نفعان به صورت انتظارات با مشارکت هر سازمان.

۲. اقدامات پیشنهادی

تشکیل کارگروهی چند بخشی از همه متولیان مرتبط با سیاست‌گذاری کشاورزی، قیمت‌گذاری، بازرگانی محصولات غذایی، تعاونی‌های حمایتی روستایی و... به منظور تکمیل پیشنهادهای زیر:

- تخصیص زمین مناسب در محلی که چند روستا به آن دسترسی داشته باشند به عنوان **مزرعه محله** با کمک شورایاری، فرمانداری و استفاده از اهالی که قبلاً کشاورز بوده‌اند یا آموزش کشاورزی به جوانان داوطلب روستایی برای کشت انواع سبزی و صیفی مورد نیاز اهالی روستا؛
- تشویق روستاییان به داشتن مرغ و طیور و بز یا گوسفند؛
- ایجاد حوضچه‌های ماهی در مناطقی که امکان پرورش وجود دارد؛
- مراقبت دامپروری شهرستان از بیماری‌های منتقله از دام یا بیماری‌های مشترک انسان و دام و برنامه‌ریزی برای آموزش روستاییان؛
- مراقبت و آموزش صحیح استفاده از کودهای کمپوست با استفاده از کرم خاکی برای مزرعه؛
- تلاش به حذف سمپاشی و استفاده از روش‌های بیولوژیک برای نابودی آفت‌های گیاهی با کمک مرکز تحقیقات و تعاونی‌های کشاورزی؛
- آموزش و برقراری انگیزه‌های مثبت برای حفظ محیط زیست و جلوگیری از آلوده شدن مخازن آب رودخانه، دریاچه و برکه؛
- همکاری با کارکنان ترویج کشاورزی در منطقه برای آموزش کشاورزان در زمینه بیماری‌های منتقل از دام و منع مصرف سموم و آفت‌کش‌ها؛
- مذاکره با مغازه داران برای ارائه موادغذایی مانند سبزی و صیفی، لبنیات و میوه قبل از ایجاد مزرعه محله؛
- ایجاد اشتغال همراه با آموزش برای خانوارهای روستایی برای تهیه و صدور انواع آجیل، مغزها، برگه خشک میوه‌ها، چای، دانه‌های خوراکی، کشمش،ادویه‌ها و امکان فروش در مغازه‌های شهری و روستایی؛
- تشویق افراد خانواده به خود کفایی و توانمند شدن اقتصادی با توجه به کالاهای بومی همان منطقه مانند تولید کالاهای سنتی،گلیم‌بافی، قالی‌بافی، سوزن دوزی، کوزه‌گری، حکاکی، قلم‌زنی و ایجاد امکان فرستادن متقاضیان برای آموزش این هنرها؛
- ادغام کشاورزی و هنر آموزی در آموزش و پرورش به‌طوری‌که دانش‌آموزان دختر و پسر روستا در دوران تحصیل مهارت‌های لازم را برای خود اشتغالی بدست بیاورند؛
- استفاده از کشت آبی بدون نیاز به خاک که برای مناطق خشک لازم و ضروری است و وزارت کشاورزی با حمایت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی بایستی امکانات آنرا فراهم کند در این روش‌ها با تزریق مقدار معین آب در لوله‌های شفاف و برخورداری از نور مناسب انواع سبزیجات به عمل می‌آید و آب هدر نمی‌رود. این روش پیش از این در ایران به همت خانم دکتر معظمی برای مناطق آب شور توصیه و اجرا شد ولی مورد حمایت قرار نگرفت.

نتیجه‌گیری

انتظار می‌رود وفاقی در عرصه حفظ کشور بین متولیان همه بخش‌ها به‌وجود آید و تغییراتی بنیادی برای همکاری آفریده شود باید این باور در ذهن همه مردم به وجود آید که خودمان مسئول سلامت خود هستیم و آموزش و پرورش باید به صورت بنیادی روش آموزش را تغییر داده و توانمندی خلق ایده و خودباوری را در کودکان بوجود بیاورد و کلاس‌های مهارت‌آموزی انواع شغل‌ها از لوله‌کشی و خراطی تا موسیقی و هنر در مدرسه جای کلاس‌های درس را بگیرد. نظر به اینکه آموزش از بدو تولد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

آغـاز مـی‌شـود و والـدگری مناسـب نقـش بزرگـی در آمـوزش کودکـان پیش‌دبستانی دارد استفاده از تکنیک‌هـای جدیـد ماننـد اپلیکیشـن‌هـای مراقبت‌های همه‌جانبه دوران کودکی بایستی از طرف ثبت احـوال کشـور به‌طور رایگان در اختیار مادر و پدری که برای شناسنامه مراجعه می‌کننـد اهدا شود (نویسنده ادعا دارد بهترین اپلیکیشن را با هزینه شخصی بـدین منظور تهیه کرده است ولـی هـیچ ارگـانی بـرای انتشـار اسـتفاده وسـیع حمایتی نکرده است (۱۰).

با نگاه همه برای سلامت و سلامت برای همه تغییرات بنیادی زیـادی در سازمان‌ها و ادارات صورت خواهد گرفت و شرح وظایف‌ها با توجـه بـه نیازها تغییر خواهد کرد با بازبینی شرح وظـایف‌هـا مسـئولیت هـر اداره و بخش باید کاملاً شفاف باشد و نیروهای شبکه‌های بهداشـت و درمـان بـا یارگیری از افراد باسواد روستا برای انجام صحیح موارد فوق نظارت کننـد. آموزش به تولیدکنندگان خانگی و رعایت اصول بهداشـتی نیـز مـی‌توانـد توسط بهورزان و نیروهای بهداشتی انجام گیرد.

آموزش‌های جدید برحسب پیشنهادها بایـد بـه بهـورزان و نیروهـای بهداشتی داده شود و کریکولوم‌های اغلـب رشـته‌هـا بـه‌تـدریج در زمینـه خودآموزی، مسئولیت‌های فردی کارآفرینی، خوداشتغالی، ایجاد و ساخت ابزار ابتکاری برای نیازهای مردم در زمینه‌های مختلف تغییر کند.

Opinion Article

The Missing Link in Iran's Health Care Network

Robabeh Sheikholeslam[1*], Narges Tabrizchi[2]

Abstract

Access to affordable and nutritious food in low-income areas, attention to food choices for reducing malnutrition and preventing various types of metabolic diseases, are important issues ensuring public health. The purpose of this article was to enjoin cooperation of organizations responsible for agriculture, trade, etc. to form emergency networks to formulate executive strategies for organizing sustainable food safety which unfortunately, has yet to be implemented. The efforts of nutrition experts has resulted in gaining support of legislators to pass the essential laws to solve food and nutrition problems of existing laws, Item 197 of the Third Development Plan Law, and item 84 of the Fourth Development Plan Law in Iran and the general policies are in line with a resilient economy, and all of them emphasize health, welfare and food safety. Cooperation through merging councils and formation of the High Council for Health, Food and Nutrition. has taken 5 years of work in the field of food safety, nutrition and food health from farm to fork, to prevent diseases caused by nutritional deficiencies and treat metabolic diseases.. There is still the need for cooperation among organizations \to implement and control food safety.

Keywords: Food Assistance, Food Supply, Healthy Diet, Primary Health Care, Right to Food

منابع

1. The 2030 Agenda for Sustainable Development, adopted by all United Nations Member States in 2015. Apr 21, 2018. United Nations. Available at: Sustainable development.un.org
2. Branca F. Malnutrition is a world crisis. 2019. WHO. Available at: who.int/nutrition/topics
3. Asgharian DA, Karami E, Keshavarz M. Determinants of Rural Housholds' Food Secrity. Agricultural Economics 2013; 7(1): 87. [In Persian]
4. Shakoori A. Food Security and the Access Problem in Iran. Journal of Social sciences letter 2005; 24(24): 133-160. [In Persian]
5. Johns Hopkins. Then and Now. 2020. Available at: https://www.ahealthierworld.jhu.edu/
6. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Now and Then: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. Nutr Rev 2012; 70(1): 3-21.
7. Sheikholeslam R, Kimiagar M, Abdollahi Z, Siasi F, Keyghobadi K, Ghafarpour M, et al. Multidisciplinary intervention for reducing malnutrition among children in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2004; 10(6): 844-852.
8. Sheikholeslam R, Abdollahi Z, Haghighi N. Managing nutritional programmes in developing countries. East Mediterr Health J 2004; 10(6): 737-46.
9. Winch P, Fanzo J. Research & Innovation, Reflections Health for all: the role of Food, Nutrition and the Alma Ata Declaration. July 17, 2018. Available at: https://www.ahealthierworld.jhu.edu/
10. Sheikholeslam R, Vameghi R, Kavehi Z. Mahdak Application: Early Childhood Development. Available at: www.mahdak.ir [In Persian]

1. * Corresponding Author: Member of Health and Notrional Sciences of Academy of Medical Sciences of IR Iran
2. Assistant Professor of Community Medicine. Academy of Medical Sciences of I.R of Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]